



COVID-19 Questionnaire

Participant ID #:

Acrostic:

Interviewer ID:

Date: / /
Month Day Year

Introducción

Para ayudarnos a comprender la salud de los participantes del estudio durante la pandemia de COVID-19, nos gustaría hacerle preguntas adicionales sobre su posible exposición a este nuevo virus.

La entrevista puede tomar tan solo como unos 5 minutos o hasta 30 minutos, dependiendo de si le han diagnosticado o no COVID-19.

Esta información se manejará de la misma manera que los demás datos que hemos recopilado por teléfono. Si lo desea, puedo revisar esa información con usted ahora. (Revise el consentimiento telefónico inicial si el/la participante dice que lo necesita).

Who is completing the survey: Participant or Proxy?

- Participant
- Proxy

¿Estaría bien hacerle algunas preguntas sobre las experiencias relacionadas con COVID-19, hoy?

- “Sí - está bien que me haga las preguntas”.
- “No - no está bien que me haga las preguntas”.

En el futuro, ¿podemos llamarle nuevamente para ver cómo le está yendo y hacerle estas preguntas nuevamente?

- “Sí - está bien que me llame nuevamente”.
- “No – no está bien que me llame nuevamente”.

DIAGNÓSTICO DE COVID-19

1. ¿Ha tenido usted COVID-19 o la enfermedad causada por el nuevo coronavirus?

- Sí, definitivamente
- Sí, pienso eso
- Tal vez
- No



**COVID-19
Questionnaire**

2. ¿Alguna vez un proveedor de cuidados médicos le dijo que tenía COVID-19?

- Sí, definitivamente →
- Sí, probablemente o sospechaba →
- No

Si contesta "sí", ¿tuvo usted?

- a. Síntomas de COVID-19 Sí No Pendiente
- b. Un prueba positiva de COVID-19 Sí No
- c. Contacto cercano con alguien que tuvo COVID-19 Sí No

Para la verificación de registros médicos:

Nombre del doctor/clínica/hospital: _____

Dirección del doctor/clínica/hospital: _____

Número de contacto: _____

3. ¿Le han hecho una prueba de coronavirus o COVID-19?

- Sí →
- No
- No estoy seguro(a)

Si contesta "sí", ¿le han hecho la prueba para...

a. Infección COVID-19? Sí No



Resultado: Positivo Negativo Pendiente

b. Inmunidad de COVID-19? Sí No



Resultado: Positivo Negativo Pendiente

c. ¿Cuántas veces le han hecho la prueba? _____

d. ¿Puede usted darnos detalles acerca de su primera prueba de COVID-19?

i. Fecha: _____

ii. Razón de la prueba:

	Sí	No
1. Tenía síntomas de COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Alguien que conozco tenía síntomas de COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Un doctor me indicó la prueba de COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Yo estaba preocupado(a) sobre el COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Otra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

↳ Especifique "Otra": _____ **(continúa)**



(continúa)

iii. Tipo de prueba:	Sí	No
1. Hisopo nasofaríngeo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Prueba de sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Prueba de saliva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Otra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

↳ Especifique "Otra": _____

iv. Resultado:

- Positivo
- Negativo
- No está seguro(a)/Pendiente

e. ¿Puede usted proporcionar detalles sobre su prueba COVID-19 más reciente?

i. Fecha: _____

ii. Razón de la prueba:	Sí	No
1. Tenía síntomas de COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Alguien que conozco tenía síntomas de COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Un doctor me indicó la prueba de COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Yo estaba preocupado(a) sobre el COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Otra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

↳ Especifique "Otra": _____

iii. Tipo de prueba:	Sí	No
1. Hisopo nasofaríngeo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Prueba de sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Prueba de saliva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Otra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

↳ Especifique "Otra": _____

iv. Resultado:

- Positivo
- Negativo
- No está seguro(a)/Pendiente

(continúa)



(continúa)

f. Si usted no experimentó un resultado positivo en su primera o más reciente prueba, ha tenido usted alguna vez una prueba positiva de COVID-19?

- Sí
- No
- No está seguro(a)

Si contesta "sí", ¿puede usted proporcionar detalles sobre su primera prueba positiva de COVID-19?

i. Fecha: _____

ii. Razón de la prueba:

	Sí	No
1. Tenía síntomas de COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Alguien que conozco tenía síntomas de COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Un doctor me indicó la prueba de COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Yo estaba preocupado(a) sobre el COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Otra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
↳ Especifique "Otra": _____		

iii. Tipo de prueba:

	Sí	No
1. Hisopo nasofaríngeo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Prueba de sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Prueba de saliva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Otra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
↳ Especifique "Otra": _____		

g. ¿Está usted dispuesto(a) y puede enviarnos una copia de los resultados de la prueba de COVID-19 al estudio?

- Sí
- No

4. ¿Le han realizado una radiografía o tomografía computarizada ("cat scan") por sospecha o para diagnóstico de COVID-19?

- Sí →
- No

Si contesta "sí":

	Sí	No
a. ¿Le hicieron una radiografía del pecho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿Le hicieron una tomografía computarizada de sus pulmones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. ¿Está dispuesto(a) a compartir la radiografía de sus pulmones con el estudio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



5. ¿Alguna vez ha pasado una noche en un hospital por sospecha o diagnóstico de COVID-19?

- Sí →
- No

Si contesta "sí":

a. ¿Cuántas noches estuvo en el hospital?

i. Fecha de llegada al hospital: _____

ii. Fecha de salida del hospital: _____

de días
que
necesitó:

b. ¿Requirió usted alguno de los siguientes tratamientos?

i. Oxígeno por la nariz

Sí

No

ii. Oxígeno por máscara facial

iii. Monitoreo en "Unidad de cuidados intensivos"
o UCI

iv. Un tubo respiratorio o ventilador

v. Tratamiento "ECMO"

Para la verificación de registros médicos:

Nombre del doctor/clínica/hospital: _____

Dirección del doctor/clínica/hospital: _____

Número de contacto: _____

6. Si usted estuvo hospitalizado(a) por sospecha o diagnóstico de COVID-19, ¿cómo fue despachado(a)?

- | | Sí | No |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. Casa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Centro de rehabilitación | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Otro | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

↳ Especifique "Otro": _____

7. Si usted sabe, o cree que usted tuvo COVID-19, ¿se ha recuperado a su estado de salud habitual?

- Sí →
- No

Si contesta "sí":

a. ¿Qué tiempo le tomó recuperarse? _____ días

Continúa en la próxima página



COVID-19 Questionnaire

If yes to Q7:

Para participantes que continúan teniendo síntomas relacionados a la enfermedad COVID-19:

	A. Durante su enfermedad COVID-19, ¿tuvo usted un empeoramiento de los síntomas comparado con su estado de salud habitual?	B. Cuando el síntoma fue peor, ¿cuánto le molestó, en una escala del 1 al 5? (1 = para nada, 2 = Un poquito, 3 = Algo, 4 = Bastante, 5 = Mucho)?	C. ¿Cuánto tiempo, en días, le duró el síntoma?
Fiebre	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Dificultad para respirar	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Congestión en el pecho	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Pecho apretado	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Tos seca o cortante	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Tos húmeda o suelta	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Dolores en el cuerpo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Escalofríos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Dolor de garganta	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Nariz congestionada	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Secreción o goteo nasal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Diarrea	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Cansancio	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Pérdida del olfato	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Pérdida del gusto	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
En general, cuando estos síntomas estaban en su peor momento, cuando tenía estos síntomas, ¿qué tan malos o molestos eran los síntomas? (Patient Global Rating of Flu Severity Instrument)			
<input type="radio"/> Leves <input type="radio"/> Moderados <input type="radio"/> Severos <input type="radio"/> Muy Severos			
En general, cuando estos síntomas empeoraron, ¿interfirieron con sus actividades diarias? (Patient Global Assessment of Interference with Daily Activities)			
<input type="radio"/> Para nada <input type="radio"/> Un poquito <input type="radio"/> Algo <input type="radio"/> Bastante <input type="radio"/> Muchísimo			

Pase a la pregunta 9



**COVID-19
Questionnaire**

Si contestó “no” a la pregunta 7:

Para participantes que continúan teniendo síntomas relacionados a la enfermedad COVID-19:

	A. Durante su enfermedad COVID-19, ¿tuvo usted un empeoramiento de los síntomas comparado con su estado de salud habitual?	B. Cuando el síntoma fue peor, ¿cuánto le molestó, en una escala del 1 al 5? (1 = para nada, 2 = Un poquito, 3 = Algo, 4 = Bastante, 5 = Mucho)?	C. ¿Cuánto tiempo, en días, le ha molestado este síntoma?
Fiebre	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Dificultad para respirar	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Congestión en el pecho	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Pecho apretado	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Tos seca o cortante	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Tos húmeda o suelta	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Dolores en el cuerpo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Escalofríos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Dolor de garganta	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Nariz congestionada	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Secreción o goteo nasal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Diarrea	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Cansancio	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Pérdida del olfato	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Pérdida del gusto	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
<p>En general, cuando estos síntomas estaban en su peor momento, cuando tenía estos síntomas, ¿qué tan malos o molestos eran los síntomas? (Patient Global Rating of Flu Severity Instrument)</p> <p><input type="radio"/> Leves <input type="radio"/> Moderados <input type="radio"/> Severos <input type="radio"/> Muy Severos</p>			
<p>En general, cuando estos síntomas empeoraron, ¿interfirieron con sus actividades diarias? (Patient Global Assessment of Interference with Daily Activities)</p> <p><input type="radio"/> Para nada <input type="radio"/> Un poquito <input type="radio"/> Algo <input type="radio"/> Bastante <input type="radio"/> Muchísimo</p>			



COVID-19 Questionnaire

8. Si usted no ha tenido un diagnóstico o sospecha de enfermedad de COVID-19, ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas, desde nuestra última llamada?

Para participantes quienes no reportan diagnóstico o sospecha de COVID-19:

	A. Durante su enfermedad COVID-19, ¿tuvo usted un empeoramiento de los síntomas comparado con su estado de salud habitual?	B. Cuando el síntoma fue peor, ¿cuánto le molestó, en una escala del 1 al 5? (1 = para nada, 2 = Un poquito, 3 = Algo, 4 = Bastante, 5 = Mucho)?	C. ¿Cuánto tiempo, en días, le duró el síntoma?
Fiebre	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Dificultad para respirar	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Congestión en el pecho	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Pecho apretado	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Tos seca o cortante	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Tos húmeda o suelta	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Dolores en el cuerpo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Escalofríos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Dolor de garganta	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Nariz congestionada	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Secreción o goteo nasal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Diarrea	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Cansancio	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Pérdida del olfato	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Pérdida del gusto	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
En general, cuando estos síntomas estaban en su peor momento, cuando tenía estos síntomas, ¿qué tan malos o molestos eran los síntomas? (Patient Global Rating of Flu Severity Instrument)			
<input type="radio"/> Leves <input type="radio"/> Moderados <input type="radio"/> Severos <input type="radio"/> Muy Severos			
En general, cuando estos síntomas empeoraron, ¿interfirieron con sus actividades diarias? (Patient Global Assessment of Interference with Daily Activities)			
<input type="radio"/> Para nada <input type="radio"/> Un poquito <input type="radio"/> Algo <input type="radio"/> Bastante <input type="radio"/> Muchísimo			



COVID-19 Questionnaire

9. Si tuvo cualquiera de los síntomas que le hemos mencionado, ¿tomó usted algunas medicinas?

- Sí
- No

Si contesta "sí":

Medicina	¿Tomó usted?	¿Se lo indicó un profesional de la salud?	¿Cuál fue la fecha en que comenzó a tomarlo?	¿Por cuantos días lo tomó?	¿Cuál era el nombre específico del medicamento?
Acetaminofén, Tylenol	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Ibuprofeno, Motrin, Advil, Aleve	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Medicina para la tos, Robitussin	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Medicina para "resfriado y la gripe"	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Antibiótico (ej., azitromicina, augmentin, ciprofloxacina)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Corticosteroides orales (ej. prednisona, prednisolona, metilprednisona)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Corticosteroides inhalados (ej., flovent, symbicort, Advair)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Otras medicinas	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			



10. En su hogar (o el lugar donde usted reside), ¿le han hecho a alguien la prueba del COVID-19?

- Sí →
- No
- No está seguro(a)

Si contesta "sí":

a. ¿Cuándo fue hecha la primera prueba? _____

b. ¿Cuál fue el resultado de la primera prueba?

- Positivo
- Negativo
- No está seguro(a)

¿Hubo una segunda prueba?

- Sí →
- No

Si contesta "sí":

a. ¿Cuándo fue hecha la segunda prueba _____?

b. ¿Cuál fue el resultado de la segunda prueba?

- Positivo
- Negativo
- No está seguro(a)

¿Hubo una tercera prueba?

- Sí →
- No

Si contesta "sí":

a. ¿Cuándo fue hecha la tercera prueba _____?

b. ¿Cuál fue el resultado de la tercera prueba?

- Positivo
- Negativo
- No está seguro(a)

¿Hubo una cuarta prueba?

- Sí →
- No

Si contesta "sí":

a. ¿Cuándo fue hecha la cuarta prueba _____?

b. ¿Cuál fue el resultado de la cuarta prueba?

- Positivo
- Negativo
- No está seguro(a)

(continúa)



(continúa)

Si cualquiera de las pruebas fue positiva:

¿Cambió usted su comportamiento en casa?

- Sí →
- No

	Sí	No
¿Usó usted una mascarilla en la casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Usó la persona infectada una mascarilla en la casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se mantuvo la persona infectada alejada de usted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. ¿Qué medidas ha tomado usted para reducir su riesgo de exposición al COVID-19?

- | | Sí | No | |
|---|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|
| a. Lavarse las manos y/o usar desinfectante frecuentemente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| b. Permanecer separados al menos 6 pies los unos de los otros | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| c. Evitar grandes reuniones | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| d. No salir a restaurantes o bares | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| e. Cancelé los planes de viaje | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| f. Usar una mascarilla | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| g. No dar la mano ni tocar a las personas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| h. Permanecer en casa cuando estaba enfermo/a | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| i. No ir al trabajo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> No aplica |
| j. Limpiar las superficies con desinfectantes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| k. Seguir las pautas o reglas del gobierno para quedarse en casa y limitar los contactos con otras personas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| l. Colocado en cuarentena completa por las autoridades locales | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

12. Actualmente, ¿usa usted cualquier producto de tabaco?

- | | Sí | No |
|-----------------------------|-----------------------|--|
| a. Cigarillos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | ↳ | <input type="text" value="Cigarillos por día: _____"/> |
| b. Pipa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Cigarrillos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Cigarrillos electrónicos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. Otros | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

↳ Especifique "Otros": _____



13. ¿Recibió usted la vacuna contra la influenza (“vacuna del flu”) entre septiembre 2019 y marzo 2020?

- Sí
- No

14. ¿Le han hecho una prueba para la influenza desde enero 2020?

- Sí →
- No

Si contesta “sí”:

a. ¿Cuáles fueron los resultados de la prueba de la influenza?

- Positivo
- Negativo

b. ¿Fue esta prueba hecha al mismo tiempo que una prueba COVID-19?

- Sí
- No